

## SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES HOSPITALARIOS

Esta solicitud es de uso confidencial de la Aseguradora y debe ser completada y firmada por el Solicitante o Solicitante principal con letra de molde clara y con tinta de un solo color. Por favor no dejar preguntas ni espacios sin responder. Esta solicitud no podrá ser válida si se presenta con tachones, enmiendas, y no se aceptan cambios posteriores a lo declarado. Seguros Agromercantil, S.A. se reserva el derecho de solicitar información adicional y/o ampliación de la información declarada en esta solicitud.

**Artículo 880, DECLARACIÓN.** El Solicitante estará obligado a declarar por escrito al asegurador, de acuerdo con el cuestionario respectivo, todos los hechos que tengan importancia para la apreciación del riesgo, en cuanto puedan influir en la celebración del contrato, tales como los conozca o deba conocer en el momento de formular la solicitud.

**Artículo 881. DECLARACIÓN DE REPRESENTANTE.** Si el contrato se solicita por un representante o por quien actúa en interés de un tercero, deberán declararse tanto los hechos importantes que sean o deban ser conocidos por aquel por cuya cuenta se contrata.

**Artículo 908. TERMINACIÓN POR DECLARACIÓN INEXACTA.** La omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 880 y 881 de este Código, dan derecho al asegurador para terminar el contrato de seguro. El asegurador, dentro del mes siguiente a aquel en que conozca la omisión o inexacta declaración, notificará al asegurado que da por terminado el contrato, transcurrido este plazo sin que se haga tal notificación el asegurador perderá el derecho de invocarla. El asegurador tendrá derecho a título de indemnización, a las primas correspondientes al período de seguro en curso, pero si da por terminado el seguro antes de que haya comenzado a correr el riesgo, su derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.

Tipo de solicitud:  Póliza nueva  Cambio de plan

## I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE PRINCIPAL (TITULAR)

### 1.1 Datos Generales

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Sexo: (M) (F) Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Lbs. Documento de Identificación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Actúa en Nombre Propio: Sí  NO  Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Es Ud. Persona Expuesta Políticamente, (PEP), Tiene algún familiar PEP o tiene alguna relación comercial con un PEP? Sí  NO

Si su respuesta al punto anterior es positiva deberá completar el formulario IVE-ANEXO III PEP.

### 1.2 Datos Laborales

Nombre de la Empresa donde Trabaja: \_\_\_\_\_

Giro del negocio: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Descripción exacta de su ocupación: \_\_\_\_\_

## II. PLAN SOLICITADO (Seleccione las opciones que desea contratar)

### SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

Plan I  Plan II

### DEDUCIBLE

Q.10,000.00  Q.15,000.00  Q. 20,000.00  Q. 30,000.00  Q 45,000.00

### MATERNIDAD

Sí  NO

### III. PAGO DE LA PRIMA

3.1 FORMA DE PAGO:       Anual       Semestral       Trimestral       Mensual

3.2 MEDIO DE PAGO:

- BAMnet  
 Cheque  
 Tarjeta de crédito o débito

No. de cuenta: \_\_\_\_\_  
 Pago a la orden de: Seguros Agromercantil, S.A.  
 No. de tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

3.3 Prima Cotizada: Gastos Médicos \_\_\_\_\_ Maternidad: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

3.4 DATOS DE FACTURACIÓN:

Nombre: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Autorizo a Seguros Agromercantil, S.A. que por conducto del banco emisor de mi tarjeta de crédito / débito afiliada efectúe el cobro automático de las primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas. El cargo se realizará en quetzales en la fecha de cobro, por lo cual me comprometo a mantener disponibilidad suficiente para que se cumplan las obligaciones de pago correspondiente en base a la vigencia y forma de pago elegida. En caso de que los cargos no sean reflejados en el estado de cuenta es mi obligación notificar de inmediato a la Aseguradora. Estoy de acuerdo que con base en las condiciones de la póliza los beneficios no serán pagaderos e incluso se procederá a la cancelación de la cobertura en caso que el cobro no pueda ser efectuado, en especial por cambios o cancelación en la tarjeta de crédito o rechazo del emisor de la tarjeta.

### IV. DATOS DE LOS SOLICITANTES DEPENDIENTES

Nombres y Apellidos Completos	Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil	Estatura	Peso
	(Cónyuge/ Hijos)	M/F	Día/Mes/Año			Cms.	Lbs.
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				

Estado civil: S= Soltero; C= Casado; D= Divorciado; V= Viudo

## V. DECLARACIÓN DE SALUD

### 5.1 INFORMACIÓN MÉDICA FAMILIAR

1. Nombre y Dirección completa de los Médicos que atienden regularmente a usted o cualquiera de los miembros de su familia a asegurar:

---

---

2. ¿Se encuentra en estos momentos usted o sus dependientes en algún tratamiento médico, terapia, rehabilitación, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo?  SÍ  NO

Por favor detallar:

Nombre	Médico	Diagnóstico	Fecha	Medicamento	Dosis	Tratamiento

### 5.2 INFORMACIÓN DE SEGUROS DEL TITULAR Y SUS DEPENDIENTES

1. ¿Usted o alguno de sus dependientes tiene o ha tenido, en vigor o en trámite algún Seguro de Vida y/o Gastos Médico?  
 SI  NO

Si su respuesta es afirmativa, adjuntar copia del seguro a la presente solicitud (si está vigente) e Indique los Seguros de Vida y Gastos Médicos que tenga en vigor o en trámite y además los Seguros Médicos que ha tenido:

Aseguradora	Tipo de seguro (Vida, Gastos Médicos)	Monto del Seguro	Fecha de Vigencia	Asegurado (Titular, Cónyuge, Hijos)

2. ¿Reemplaza este seguro alguna otra póliza actualmente en vigor?  SÍ  NO

Especifique \_\_\_\_\_

3. ¿Alguna solicitud de seguro médico, de accidentes o de vida en la renovación, rehabilitación o Cambio de Plan, a usted o a sus dependientes, les ha sido rechazada, pospuesta, modificado condiciones, incrementado tarifas?  SÍ  NO

Por favor detalle: \_\_\_\_\_

4. Ha reclamado usted o alguno de sus dependientes, como beneficiarios de pólizas de Seguro Médico y/o Accidentes o por Invalidez?  SÍ  NO

Nombre	Aseguradora	Fecha del Reclamo	Monto Indemnizado	Motivo del Reclamo

### 5.3 CUESTIONARIO DE SALUD Y HÁBITOS DEL TITULAR Y SUS DEPENDIENTES

Usted o alguno de sus dependientes ha padecido o padece de alguna de las siguientes enfermedades:

INSTRUCCIONES: Marque SI o NO escribiendo en la casilla correspondiente con una X o un ✓ y si aplica para usted o para uno de sus dependientes las enfermedades indicadas en el cuadro a la par, después del cuestionario encontrará donde ampliar las respuestas afirmativas.		Titular		Dependientes		Dependiente a quien Aplica
		SI	NO	SI	NO	
1.	Enfermedades del corazón o del aparato circulatorio (dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, vasos arteriales, venas varicosas, soplo en el corazón, arritmia cardiaca)	SI	NO	SI	NO	
2.	Enfermedad Respiratoria o Pulmonar (falta de aire, ronquera o catarro persistente, esputo con sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño).	SI	NO	SI	NO	
3.	Enfermedad del estómago, esófago, intestinos, colon, páncreas y/o hígado (Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado, gastritis, reflujo gastroesofágico, mala absorción, esófago, vesícula biliar, páncreas, recto o ano).	SI	NO	SI	NO	
4.	Enfermedad de los riñones y/o del tracto urinario (Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, trastorno urinario, uréteres, uretra )	SI	NO	SI	NO	
5.	Padecimientos de la columna vertebral, hernias de cualquier tipo, artritis, gota, u otros padecimientos de los músculos o huesos (Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática, lesiones óseas, espalda, articulaciones, discos intervertebrales)	SI	NO	SI	NO	
6.	Cáncer, linfoma o leucemia (Trastornos de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer, manchas y acné).	SI	NO	SI	NO	
7.	Enfermedad de la sangre (Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea y sistema linfático, hepatitis B, Hepatitis C, Lupus y otras enfermedades auto inmunes y de la colágena)	SI	NO	SI	NO	
8.	Enfermedades de la tiroides, trastornos de la glándula tiroides u otro trastorno endocrinólogo o metabólico (Diabetes, colesterol y/o triglicéridos, ácido úrico elevados).	SI	NO	SI	NO	
9.	Enfermedad de transmisión sexual o de los órganos sexuales, u otros desórdenes del sistema reproductivo, enfermedades venéreas.	SI	NO	SI	NO	
10.	Problemas de la visión, del oído, de audición, de la nariz o la garganta.	SI	NO	SI	NO	
11.	Padecimientos, enfermedad o malformación congénita o hereditaria.	SI	NO	SI	NO	
12.	Enfermedades vasculares cerebrales o desórdenes neurológicos (Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, migrañas, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, apoplejía, embolia, trombosis).	SI	NO	SI	NO	
13.	Discapacidad, amputación o menoscabo físico de algún miembro o remoción de algún órgano, deformación, cojera.	SI	NO	SI	NO	
14.	Ha sido sometido a algún procedimiento de cirugía plástica en cualquier etapa de su vida	SI	NO	SI	NO	
15.	Enfermedad por deficiencia inmunitaria, SIDA o lo relacionado al complejo del SIDA (ARC) o resultado positivo de anticuerpos del virus SIDA?	SI	NO	SI	NO	
16.	Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente.	SI	NO	SI	NO	
17.	Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años:					
	1) ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?	SI	NO	SI	NO	
	2) ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución?	SI	NO	SI	NO	
	3) ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?	SI	NO	SI	NO	
	4) ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía, que no se ha realizado?	SI	NO	SI	NO	
19.	Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento en relación al uso de drogas o alcohol, Ansiolíticos, Antidepresivos, inductores del sueño.	SI	NO	SI	NO	
20.	En algún momento ¿ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	SI	NO	SI	NO	
21.	¿Ha sido receptor o donador de órganos? o ¿Piensa donar órganos? ¿Le han hecho transfusiones de sangre o terapéutica con hemoderivados?	SI	NO	SI	NO	
22.	¿Le han hecho radioterapia y/o quimioterapia?	SI	NO	SI	NO	
23.	¿Ha aumentado o disminuido su peso en más de 15 libras en los últimos 2 años? (Si es afirmativa su respuesta, indique la cantidad de libras y la causa)	SI	NO	SI	NO	



## QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE:

- Seguros Agromercantil, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Así mismo, podrá solicitar examen médico y/o exámenes médicos a costo del Solicitante.  
Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.  
Así mismo, podrá solicitar examen médico y/o exámenes médicos a costo del solicitante.
- Una vez aceptado el Asegurado, la Fecha de Inicio de Cobertura es la indicada en la carátula de la Póliza.
- Con presentar una fotocopia o el original de esta solicitud, autorizo:
  - A cualquier persona individual o jurídica, tales como pero no limitado a aseguradoras, médicos, profesionales, hospitales, clínicas, proveedor de servicios de salud, y entidades gubernamentales, y a toda entidad médica o persona médica o relacionada médicamente para proveer a la Aseguradora la información que esta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí y/o mis dependientes, sin limitación alguna.
  - A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación.
- En caso de mi fallecimiento como asegurado titular, nombro a: \_\_\_\_\_, parentesco: \_\_\_\_\_, como beneficiario para recibir cualquier reembolso de gastos médicos. En caso de cambio de Beneficiario, me comprometo a notificar y solicitar a la Aseguradora por escrito el cambio.
- Este documento constituye una solicitud, por lo que no representa garantía alguna de aceptación por la Aseguradora; y en caso de aceptación, la Aseguradora determinará los términos de la misma.
- La Aseguradora tendrá treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción de esta solicitud en las oficinas de la Aseguradora para evaluar y aceptar o declinar la misma. Si finalizado este periodo el Solicitante no recibe la aceptación o negación, la solicitud deberá ser considerada rechazada por la Aseguradora.
- En caso de aceptación, al Asegurado Titular manifiesta su conformidad de recibir de Seguros Agromercantil, las Condiciones Generales de la Póliza a que se refiere este documento, por el medio indicado a continuación, cuyo contenido se me asegura es idéntico al registrado en la Superintendencia de Bancos de Guatemala, mediante Resolución No. \_\_\_\_\_.

Dispositivo Electrónico

Documento Físico

Correo Electrónico

- Esta solicitud ha sido completa en su totalidad por el Solicitante Principal.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma de la Solicitud

\_\_\_\_\_  
Nombre del Intermediario

\_\_\_\_\_  
Código de Intermediario

\_\_\_\_\_  
Firma del Intermediario

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 608-2019 del 23 de mayo de 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

